

## Phase 3.2 Household Pulse Survey: Spanish

¡Bienvenido(a)! Gracias por participar en la Encuesta del Pulso de los Hogares patrocinada por la Oficina del Censo de los EE. UU. y otras agencias federales. Esta encuesta ayudará a medir el impacto del coronavirus (COVID-19) en temas como:

- situación de empleo
- seguridad alimentaria
- seguridad de la vivienda
- bienestar físico y mental.

En esta encuesta nos referimos al coronavirus (COVID-19) como coronavirus.

Esta encuesta también está disponible en inglés. Si quisiera cambiar el idioma que haya seleccionado, use el menú desplegable en la esquina superior derecha de cada página para seleccionar el idioma en el que desee completar la encuesta.

Esta encuesta es un esfuerzo conjunto de muchas agencias del gobierno para ofrecer información crítica y actualizada sobre el impacto de la pandemia del coronavirus (COVID-19) en la población de los Estados Unidos. Completar esta breve encuesta de 20 minutos ayudará a las agencias federales, estatales y locales a identificar los problemas relacionados con el coronavirus (COVID-19) en su comunidad.

Calculamos que completar esta encuesta voluntaria tomará 20 minutos como promedio. Envíe sus comentarios relacionados con este cálculo o cualquier otro aspecto de la encuesta a [adrm.pra@census.gov](mailto:adrm.pra@census.gov).

La Oficina del Censo de los EE. UU. está obligada por ley a proteger su información. A la Oficina del Censo no se le permite divulgar sus respuestas de manera que pudieran identificarlo a usted. La ley federal protege su privacidad y mantiene sus respuestas confidenciales (Título 13, Código de los Estados Unidos, Sección 9 y Título 5, Código de los Estados Unidos, Sección 552a).

Esta recopilación ha sido aprobada por la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). Este número de ocho cifras de aprobación de la OMB, 0607-1013, confirma dicha aprobación y se vence el 10/31/2023.

Los usos de sus datos se limitan a los que se identifican en el Aviso sobre el Sistema de Registros de la Ley sobre la Privacidad, conocido como "SORN COMMERCE/Census-3, Recopilación de la Encuesta Demográfica (Marco Muestral de la Oficina del Censo)".

Para conocer más acerca de esta encuesta, visite:  
<https://www.census.gov/householdpulsedata>

**\*\* Aviso de la Oficina del Censo de los EE. UU. y Advertencia sobre el consentimiento \*\***

*Usted está accediendo a una red de computación del gobierno de los Estados Unidos. Toda la información que escriba en este sistema es confidencial. La Oficina del Censo puede usar dicha información para propósitos estadísticos y para mejorar el sitio web. Si desea conocer más acerca del uso de este sistema y cómo se protege su privacidad, visite nuestra página web (disponible en inglés) <http://www.census.gov/about/policies/privacy/privacy-policy.html>.*

*El uso de este sistema indica su consentimiento a que recopilamos, monitoreemos, registremos y usemos la información que usted proporcione para cualquier propósito legal del gobierno. Con el fin de que nuestro sitio web siga siendo seguro y que siga disponible para el uso al que está destinado, monitoreamos el tráfico en la red para identificar los intentos no autorizados de acceder, subir o cambiar información, o de dañar de alguna otra manera el servicio del sitio web. El uso de la red de computación del gobierno para fines no autorizados es una violación de las leyes federales y puede ser penalizado con multas o encarcelamiento (LEY PÚBLICA 99-474).*

language Esta encuesta está disponible en inglés y español. Seleccione el idioma en el que desee completar la encuesta.

Si después quisiera cambiar el idioma que haya seleccionado, use el menú desplegable en la esquina superior derecha de cada página para seleccionar el idioma en el que desee completar la encuesta.

English

Español

leadin1 Estas preguntas se hacen solo con propósitos estadísticos.

D1 ¿En qué año nació usted? Por favor, anote un número.

---

D2 ¿Es usted de origen hispano, latino o español?

- No, no soy de origen hispano, latino o español
  - Sí, mexicano, mexicanoamericano, chicano
  - Sí, puertorriqueño
  - Sí, cubano
  - Sí, de otro origen hispano, latino o español (especifique)
- 

D3 ¿Cuál es su raza? *Seleccione todas las que correspondan.*

- Blanca (especifique) \_\_\_\_\_
  - Negra o afroamericana (especifique) \_\_\_\_\_
  - Indígena de las Américas o nativa de Alaska (especifique) \_\_\_\_\_
  - India asiática
  - China
  - Filipina
  - Japonesa
  - Coreana
  - Vietnamita
  - Otra asiática (especifique) \_\_\_\_\_
  - Nativa de Hawái
  - Chamorro
  - Samoana
  - Otra de las islas del Pacífico (especifique)
-

D4 ¿Cuál es el grado o nivel de educación más alto que usted ha completado? *Selecione solo una respuesta.*

- Menos de la escuela secundaria o preparatoria (*high school*)
- Algo de escuela secundaria o preparatoria (*high school*)
- Graduado(a) de la escuela secundaria o preparatoria (*high school*) o equivalente (por ejemplo, GED)
- Algo de universidad, pero no recibió un título o todavía está estudiando
- Título asociado universitario (por ejemplo, AA, AS)
- Título de licenciatura universitaria (por ejemplo, BA, BS, AB)
- Título de posgrado (por ejemplo, título de maestría, título profesional, doctorado)

D5 ¿Cuál es su estado civil? *Selecione solo una respuesta.*

- Casado(a) actualmente
- Viudo(a)
- Divorciado(a)
- Separado(a)
- Nunca me he casado

D6 ¿Qué sexo le asignaron al nacer, en su acta de nacimiento original?

- Hombre
- Mujer

D7 ¿Actualmente se describe a sí mismo(a) como hombre, mujer o transgénero?

- Hombre
- Mujer
- Transgénero
- Ninguna de las anteriores

D8 Sólo para confirmar, le asignaron el sexo "\${D6/ChoiceGroup/SelectedChoices}" al nacer y ahora se describe como "\${D7/ChoiceGroup/SelectedChoices}". ¿Es esto correcto?

- Sí
- No

D6\_correction Por favor confirme o corrija su respuesta a la siguiente pregunta:  
\${D6/QuestionText}

- Hombre
- Mujer

D7\_correction Por favor confirme o corrija su respuesta a la siguiente pregunta:  
\${D7/QuestionText}

- Hombre
- Mujer
- Transgénero
- Ninguna de las anteriores

D9\_second ¿Cuál de las siguientes mejor representa su manera de pensar en sí mismo(a)?

- Gay o lesbiana
- Heterosexual, es decir no gay o lesbiana
- Bisexual
- Otra opción
- No sé

D10 ¿Cuántas personas en total – adultos y niños – viven **actualmente** en su hogar, incluyéndose a sí mismo(a)? *Por favor, anote un número.*

---

D11 ¿Cuántas personas menores de 18 años viven **actualmente** en su hogar? *Por favor, anote un número.*

---

D12 En su hogar, ¿hay... *Seleccione todas las que correspondan.*

- niños menores de 5 años de edad?
- niños entre 5 y 11 años de edad?
- niños entre 12 y 17 años de edad?

D13 Durante el año escolar que terminó en la **primavera de 2021**, ¿cuántos niños en este hogar estaban inscritos en grados entre Kindergarten a grado 12, o un grado equivalente? *Anote un número entero para todos los que apliquen. Si no aplica, ingrese '0'.*

Número de niños inscritos en escuelas públicas

---

Número de niños inscritos en escuelas privadas

---

Número de niños que reciben enseñanza escolar en el hogar (*homeschooling*), es decir, no están inscritos en escuelas públicas o privadas

---

Ninguno

D14 ¿Usted o su esposo(a) están sirviendo actualmente en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos (servicio militar activo, la Reserva Militar o la Guardia Nacional)?

*Miembros/esposos(as) de la Reserva Militar y la Guardia Nacional que están en servicio militar activo de tiempo completo (AGR/FTS/AR por sus siglas en inglés) o actualmente "activados" deben seleccionar la(s) respuesta(s) para "la Reserva Militar o Guardia Nacional". Seleccione todas las que correspondan.*

No

Sí, estoy sirviendo en servicio activo

Sí, estoy sirviendo en la Reserva Militar o la Guardia Nacional

Sí, mi esposo(a) está sirviendo en servicio activo

Sí, mi esposo(a) está sirviendo en la Reserva Militar o la Guardia Nacional

leadin2 La próxima serie de preguntas es sobre la vacunación contra el COVID-19.

VAC1 ¿Ha recibido usted al menos una dosis de una vacuna contra el COVID-19?

Sí

No

VAC2 ¿Recibió (o planea recibir) todas las dosis requeridas?

- Sí, recibí todas las dosis requeridas
- Sí, planeo recibir todas las dosis requeridas
- No, no planeo recibir todas las dosis requeridas

VAC3 Ahora que hay vacunas para prevenir el COVID-19 disponibles para la mayoría de los adultos en los Estados Unidos, usted...

- Definitivamente se vacunará
- Probablemente se vacunará
- No está seguro(a) si se vacunará
- Probablemente NO se vacunará
- Definitivamente NO se vacunará

VAC4 ¿Cuál(es) de las siguientes razones, si aplican, describen porque  $\{e://Field/QV4fill\}$   $\{e://Field/QV4fill2\}$ ? (Seleccione todas las que correspondan.)

- Me preocupan posibles efectos secundarios de una vacuna contra el COVID-19
  - No sé si una vacuna contra el COVID-19 me protegerá
  - No creo que yo necesite una vacuna contra el COVID-19
  - Mi médico no me ha recomendado que me vacune contra el COVID-19
  - Quiero esperar a ver si es segura y tal vez me vacune más tarde
  - Estoy preocupado(a) por el costo de la vacuna contra el COVID-19
  - No confío en las vacunas contra el COVID-19
  - No confío en el gobierno
  - No pienso que COVID-19 es una gran amenaza
  - Es difícil para mí obtener una vacuna contra el COVID-19
  - Creo que una dosis es suficiente protección para mí
  - He experimentado efectos secundarios por la dosis de la vacuna contra el COVID-19 que recibí
  - Otra razón (por favor, especifique)
- 

VAC5 Ha recibido alguno de los niños(as) entre 12 a 17 años de edad, que vive en su hogar, al menos una dosis de la vacuna contra el COVID-19?

- Sí
- No
- No sé

AC6 Ahora que las vacunas para prevenir COVID-19 están disponibles para la mayoría de los niños entre 12 y 17 años de edad, ¿los padres o tutores de niños(as) con edades entre 12 y 17 años que viven en su hogar ...

- Definitivamente llevarán a los niños(as) a vacunarse
- Probablemente llevarán a los niños(as) a vacunarse

- No están seguros si llevarán a los niños(as) a vacunarse
- Probablemente NO llevarán a los niños(as) a vacunarse
- Definitivamente NO llevarán a los niños(as) a vacunarse
- No conozco los planes de vacunación para los niños(as) entre 12 y 17 años de edad que viven en mi hogar

VAC7 Cuál(es) de las siguientes razones, si aplican, son las razones por las cuales los padres o tutores de los niños entre 12 y 17 años de edad que viven en su hogar  ? *Seleccione todas las que correspondan*

- Preocupación por los posibles efectos secundarios de la vacuna contra el COVID-19 en niños
  - Planean esperar y ver si es seguro y puede que se vacunen después
  - No están seguros(as) si la vacuna contra el COVID-19 será eficaz para los niños(as)
  - No creen que sus hijos necesiten la vacuna contra el COVID-19
  - Los niños(as) en este hogar no son miembros de un grupo de alto riesgo
  - El doctor de los niños no la ha recomendado
  - Otras personas la necesitan más ahora que los niños de este hogar
  - Preocupación por perder horas de trabajo para llevar a los niños a vacunarse
  - No pueden conseguir vacunas contra el COVID-19 para los niños(as) en este hogar
  - Los padres o tutores en este hogar no vacunan a sus hijos
  - No confían en las vacunas contra el COVID-19
  - No confían en el gobierno
  - Preocupación por el costo de la vacuna contra el COVID-19
  - Otro (Por favor, especifique)
-

VAC8 ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro proveedor de servicios de salud que usted tiene COVID-19?

- Sí
- No
- No estoy seguro(a)

EMP1 Ahora vamos a preguntar sobre su empleo.

¿Ha experimentado usted, o alguien en su hogar, una pérdida de ingresos laborales **en las últimas 4 semanas**? *Seleccione solo una respuesta.*

- Sí
- No

EMP2

En los **últimos 7 días**, ¿hizo **ALGÚN** trabajo, ya sea pagado o por beneficios? *Seleccione solo una respuesta.*

- Sí
- No

EMP3 ¿Está empleado(a) por el gobierno, por una empresa privada, por una organización sin fines de lucro, o trabaja por cuenta propia o en una empresa familiar? *Selecione solo una respuesta.*

- Gobierno
- Empresa Privada
- Organización sin fines de lucro, incluyendo organizaciones exentas de impuestos y caritativas
- Por cuenta propia
- Una empresa familiar

EMP4 ¿Cuál es la principal razón por la cual no trabaja por pago o beneficio? *Selecione solo una respuesta.*

No trabajé porque:

- No quería estar empleado(a) en este momento
  - Estoy/estaba enfermo(a) con síntomas del coronavirus, o estoy/estaba cuidando a alguien enfermo(a) con síntomas del coronavirus
  - Estoy/estaba cuidando a niños que no asistieron a la escuela o guardería
  - Estoy/estaba cuidando a un anciano
  - Me preocupaba contagiarme con el coronavirus o contagiar a otras personas
  - Estoy/estaba enfermo(a) (no relacionado con el coronavirus) o discapacitado(a)
  - Estoy jubilado(a)
  - He sido/fui despedido(a) o estoy/estuve de permiso temporal sin pago debido a la pandemia del coronavirus
  - Mi empleador cerró temporalmente debido a la pandemia del coronavirus
  - Mi empleador se fue a la quiebra debido a la pandemia del coronavirus
  - No tengo/tenía modo de transportación al lugar de trabajo
  - Otra razón, por favor especifique
- 

EMP5 En los **últimos 7 días**, ¿ha trabajado por pago o como voluntario(a) **fuera de su casa**?  
*Seleccione solo una respuesta.*

- Sí
- No

EMP6 En los **últimos 7 días**, ¿cuál de las siguientes opciones describe mejor el lugar o la ubicación primaria donde ha trabajado por pago o como voluntario(a) **fuera de su casa**?  
*Seleccione solo una respuesta.*

- Hospital
- Asilo (*nursing home*) o institución residencial de cuidados de salud a largo plazo
- Farmacia
- Servicios ambulatorios de salud (por ejemplo, consultorio de doctor, dentista o especialista en salud mental, centro de servicios ambulatorios, laboratorio médico y diagnóstico, cuidados de salud a domicilio)
- Servicios sociales (por ejemplo, servicios para niños, adolescentes, familias, ancianos o personas discapacitadas)
- Preescolar o guardería
- Escuela desde kinder hasta grado 12 (K-12)
- Otras escuelas o instituciones educativas (por ejemplo, instituto superior, Universidad, escuela profesional, de negocios, técnica o de oficios, escuela de manejo, preparación para exámenes, tutoría)
- Primeros auxilios (por ejemplo, policía, bomberos, servicios de respuesta a emergencias)
- Cuidados funerarios (por ejemplo, funeraria, crematorio o cementerio)
- Institución penal (por ejemplo, cárcel, prisión, centro de detención, reformatorio)
- Tienda de alimentos y bebidas (por ejemplo, supermercado, almacén de descuentos, supercentros, bodega, tienda de alimentos especializados, panadería)
- Agricultura, silvicultura, pesca o caza
- Planta de manufactura de alimentos (por ejemplo, planta procesadora de carnes, empaque de productos agrícolas, manufactura de alimentos y bebidas)
- Planta de manufactura de productos que no sean alimentos (por ejemplo, metales, equipo y maquinaria, electrónicos)

- Transporte público (por ejemplo, autobús, tren de cercanías, metro o tren subterráneo, autobús escolar)
- Servicio Postal de los Estados Unidos
- Otros trabajos considerados “esenciales” durante la pandemia de COVID-19
- Ninguna de las anteriores

EMP7

Ahora, le haremos preguntas acerca de los arreglos de cuidado infantil para los niños en este hogar.

En algún momento durante las **últimas 4 semanas**, ¿alguno de los niños de este hogar no pudo asistir a la guardería u otro arreglo de cuidado infantil porque estaba cerrado, no estaba disponible, el costo estaba fuera de alcance o porque usted está preocupado(a) por la seguridad de su niño(a) en el cuidado? Por favor incluya programas de cuidado antes y después de la escuela y cualquier otra forma de cuidado infantil que no estuvo disponible. *Seleccione solo una respuesta.*

- Sí
- No
- No aplica

EMP8 Indique si alguna de las siguientes situaciones ocurrió en las **últimas 4 semanas** debido a que el proveedor de cuidado infantil estaba cerrado, no estaba disponible, el costo estaba

fuera de alcance o porque usted está preocupado(a) por la seguridad de su niño(a) en cuidado:  
*Seleccione todas las que correspondan.*

- Usted (u otro adulto) tomó una licencia sin pago para cuidar a los niños
- Usted (u otro adulto) utilizó tiempo de vacaciones o permiso por enfermedad u otro tipo de licencia pagada, para cuidar a los niños
- Usted (u otro adulto) redujo sus horas de trabajo para cuidar a los niños
- Usted (u otro adulto) dejó su trabajo para cuidar a los niños
- Usted (u otro adulto) perdió su trabajo debido al tiempo que tuvo que tomar para cuidar a los niños
- Usted (u otro adulto) no buscó empleo porque tenía que cuidar a los niños
- Usted (u otro adulto) supervisó a uno o más niños mientras trabajaba
- Otra situación, por favor especifique:  
\_\_\_\_\_
- Ninguna de las anteriores

SPN1

En las **últimas 4 semanas**, ¿recibió usted o alguien en su hogar un pago de "Crédito Tributario por Hijos", que es un pago adelantado de la expansión del crédito tributario por hijos que es parte del Plan de Rescate Estadounidense del Gobierno Federal del 2021? *Si usted recibió el pago como cheque de papel o depósito directo, por favor seleccione "sí".*

- Sí
- No

SPN2 Pensando en su uso de los pagos por el "Crédito Tributario por Hijos", ¿usted...?

- Gastó la mayor parte
- Ahorró la mayor parte
- Usó la mayor parte para pagar deudas

SPN3 ¿En qué gastaron usted y las personas en su hogar la mayor parte del pago por “Crédito Tributario por Hijos” más reciente? *Seleccione todas las que correspondan.*

- Comida (compras en supermercados, comer en restaurantes, comida para llevar)
- Ropa (incluyendo accesorios o zapatos)
- Cuidado infantil (en un centro formal, o cuidado pagado directamente a un familiar o a un cuidador)
- Libros y materiales escolares
- Costos de matrícula escolar
- Servicios de ayuda con los estudios (tutoría)
- Programas después de la escuela (aparte de tutoría y cuidado infantil)
- Transporte a la escuela (servicio de autobús, metro, etc.)
- Productos recreativos (equipos deportivos y de entrenamiento, bicicletas, juguetes, juegos)
- Alquiler/renta
- Hipoteca (programada o mensual)
- Servicios públicos y telecomunicaciones (gas natural, electricidad, cable, Internet, teléfono celular)
- Pagos de un vehículo (programados o mensuales)
- Pago de tarjeta de crédito, préstamos estudiantiles o alguna otra deuda
- Donaciones a instituciones caritativas o a parientes
- Lo ahorró o lo invirtió
- Otro, especifique \_\_\_\_\_

display\_SPN

Las próximas preguntas son sobre los gastos de su hogar en los **últimos 7 días**. Por favor, solo incluya experiencias que ocurrieron en los **últimos 7 días**.

SPN4

En los **últimos 7 días**, ¿qué tan difícil ha sido para su hogar pagar los gastos habituales del

hogar, incluyendo, entre otros, comida, renta o hipoteca, pagos de autos, gastos médicos, préstamos estudiantiles y otros gastos? *Seleccione solo una respuesta.*

- Nada difícil
- Un poco difícil
- Algo difícil
- Muy difícil

SPN5 En los **últimos 7 días**, ¿usted o alguien en su hogar ha hecho alguna de las siguientes actividades?

	Sí	No
Trabajar en el lugar de trabajo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Teletrabajar (telework) o trabajar desde el hogar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hacer compras en tiendas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comer dentro de restaurantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ir a citas en persona para servicios médicos o dentales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Recibir servicios de cuidado o de limpieza en su hogar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SPN6 Pensando en sus experiencias en los **últimos 7 días**, ¿cuál de los siguientes recursos usó usted, o miembros de su hogar, para poder cubrir sus gastos? *Seleccione todas las que correspondan.*

- Fuentes de ingresos regulares, como las recibidas antes de la pandemia
- Tarjetas de crédito o préstamos
- Dinero de los ahorros o de la venta de sus bienes o posesiones (incluyendo retiros de dinero de sus cuentas de jubilación)
- Dinero prestado por familiares o amigos
- Pagos de los beneficios de seguro por desempleo (UI por sus siglas en inglés)
- Pago de estímulo (impacto económico)
- Pago de Crédito Tributario por Hijos
- Dinero ahorrado de pagos suspendidos o perdonados (para cubrir sus gastos)
- Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP por sus siglas en inglés)
- Tarjetas de débito para comidas en la escuela/ Tarjetas “EBT”
- Asistencia del gobierno para la renta
- Otro, especifique: \_\_\_\_\_

FD1 Para algunas personas, conseguir suficiente comida también puede ser un problema. En los **últimos 7 días**, ¿cuál de estas opciones describe mejor las comidas que comieron en su hogar? *Seleccione solo una respuesta.*

- Suficiente cantidad de los tipos de comida que (yo/nosotros) quería(mos) comer
- Suficiente cantidad, pero no siempre los tipos de comida que (yo/nosotros) quería(mos) comer
- A veces no había suficiente para comer
- A menudo no había suficiente para comer

FD2

Por favor indique si la siguiente declaración era cierta con frecuencia, a veces cierta o nunca fue cierta en los **últimos 7 días** para los niños que viven en su hogar que tienen menos de 18

años.

"Los niños no comían lo suficiente porque no había dinero para comprar suficiente comida".

- Cierta con frecuencia
- A veces cierta
- Nunca fue cierta

FD3 ¿Por qué no tenía lo suficiente para comer (o no tenía lo que quería comer)? *Seleccione todas las que correspondan.*

- No había suficiente dinero para comprar más comida.
- No podía ir a la tienda a comprar comida (por ejemplo, no tenía transporte, o tenía limitaciones de movilidad o salud que le impedían salir).
- No podía ir a la tienda porque le preocupaba su seguridad.
- Ninguna de las anteriores

FD4 Durante los **últimos 7 días**, ¿consiguió usted o alguien en su hogar alimentos gratis de una despensa de alimentos, un banco de alimentos, una iglesia u otro lugar que proporciona comida gratis? *Seleccione solo una respuesta.*

- Sí
- No

FD5 En los **últimos 7 días**, ¿los niños(as) en este hogar... *Seleccione todas las que correspondan.*

- Recogieron comidas gratis en su escuela o en otro lugar
- Recibieron o usaron una tarjeta EBT para ayudar a comprar alimentos
- Comieron comidas gratis en el sitio, ya sea en su escuela o en otro lugar
- Recibieron comidas gratis en su domicilio
- Los niños no recibieron comidas gratis ni asistencia alimenticia

FD6 ¿Usted o alguien en su hogar recibe beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) o el Programa de Cupones de Alimentos? *Seleccione solo una respuesta.*

- Sí
- No

display\_HLTH Las próximas preguntas son sobre salud y atención médica.

HLTH1 Durante las **últimas 2 semanas**, ¿con qué frecuencia se ha visto afectado(a) por... sentirse nervioso(a), ansioso(a) o irritable? *Seleccione solo una respuesta.*

- No en absoluto
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

HLTH2 Durante las **últimas 2 semanas**, ¿con qué frecuencia se ha visto afectado(a) por... no ser capaz de detener o controlar la preocupación? *Seleccione solo una respuesta.*

- No en absoluto
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

HLTH3 Durante las **últimas 2 semanas**, ¿con qué frecuencia se ha visto afectado(a) por... tener poco interés o placer en hacer las cosas? *Seleccione solo una respuesta.*

- No en absoluto
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

HLTH4 Durante las **últimas 2 semanas**, ¿con qué frecuencia se ha visto afectado(a) por... sentirse triste, deprimido(a) o sin esperanza? *Seleccione solo una respuesta.*

- No en absoluto
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

HLTH5 En algún momento en las **últimas 4 semanas**, ¿usó algún medicamento recetado para ayudarle a manejar sus emociones o su concentración, comportamiento o salud mental? *Seleccione solo una respuesta.*

- Sí
- No

HLTH6 En algún momento en las **últimas 4 semanas**, ¿recibió asesoramiento psicológico o terapia de un profesional de salud mental, como por ejemplo psiquiatra, psicólogo, enfermera psiquiátrica o trabajador social clínico? Incluya asesoramiento psicológico o terapia recibida por teléfono o en línea. *Seleccione solo una respuesta.*

- Sí
- No

HLTH7 En algún momento en las **últimas 4 semanas**, ¿necesitó asesoramiento psicológico o terapia de un profesional de salud mental, PERO NO LO RECIBIÓ por alguna razón?  
*Seleccione solo una respuesta.*

Sí

No

HLTH8 ¿Está usted actualmente cubierto(a) por alguno de los siguientes tipos de seguro de salud o planes de cobertura de salud? *Marque Sí o No para cada caso.*

	Sí	No
Seguro a través de un empleador o sindicato actual o anterior (a través de usted u otro miembro de la familia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seguro comprado directamente a una compañía de seguros, incluyendo la cobertura del mercado (a través de usted u otro miembro de la familia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medicare, para personas de 65 años y más, o personas con ciertas discapacidades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medicaid, Asistencia Médica o cualquier tipo de plan de asistencia gubernamental para personas con bajos ingresos o discapacidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TRICARE u otro servicio de atención médica militar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Administración de Veteranos (VA por sus siglas en inglés) (incluyendo aquellos que alguna vez han utilizado o se han inscrito para recibir atención médica de la VA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Servicio de Salud para Indígenas Estadounidenses ( <i>Indian Health Service</i> )	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

HLTH9 En cualquier momento de las **últimas 4 semanas**, ¿tuvo usted alguna cita con un médico, enfermero(a) u otro profesional de la salud por video o por teléfono? *Por favor incluya solo citas para usted y no para otras personas en su hogar.*

- Sí
- No

HLTH10 ¿Se llevaron a cabo las citas por teléfono sin video o usó video durante las citas? *Seleccione todas las que correspondan.*

- Citas por teléfono sin video
- Citas con video

HLTH11 En cualquier momento de las **últimas 4 semanas**, ¿alguno de los niños en este hogar tuvo alguna cita con un médico, enfermero(a) u otro profesional de la salud por video o por teléfono? *Seleccione solo una respuesta.*

- Sí
- No

HLTH12 ¿Se llevaron a cabo las citas para los niños por teléfono, sin usar video, o usó video durante las citas? *Seleccione todas las que correspondan.*

- Citas por teléfono sin video
- Citas con video

HLTH13

La próxima pregunta trata sobre el cuidado de salud preventivo para los niños en su hogar.

Durante los **últimos 12 meses**, ¿tuvo alguno de los niños en este hogar un chequeo PREVENTIVO? *Seleccione solo una respuesta.*

- Sí, todos los niños tuvieron sus chequeos preventivos
- Algunos, pero no todos, los niños tuvieron un chequeo preventivo
- Ninguno de los niños tuvo un chequeo preventivo

DIS1 ¿Tiene dificultad para ver, aun cuando usa lentes o espejuelos? *Seleccione solo una respuesta.*

- No – ninguna dificultad
- Sí – alguna dificultad
- Sí – mucha dificultad
- No puedo hacerlo

DIS2 ¿Tiene dificultad para escuchar, aun cuando usa un audífono? *Seleccione solo una respuesta.*

- No – ninguna dificultad
- Sí – alguna dificultad
- Sí – mucha dificultad
- No puedo hacerlo

DIS3 ¿Tiene dificultad para recordar o concentrarse? *Seleccione solo una respuesta.*

- No – ninguna dificultad
- Sí – alguna dificultad
- Sí – mucha dificultad
- No puedo hacerlo

DIS4 ¿Tiene dificultad para caminar o subir escaleras? *Seleccione solo una respuesta.*

- No – ninguna dificultad
- Sí – alguna dificultad
- Sí – mucha dificultad
- No puedo hacerlo

HSE1

Las próximas preguntas son sobre su vivienda.

¿Es su casa o apartamento... ? *Seleccione solo una respuesta.*

- Propiedad suya o de alguien en este hogar libre y sin deuda
- Propiedad suya o de alguien en este hogar con una hipoteca o crédito hipotecario (incluyendo los préstamos con la propiedad como garantía)
- Alquilado(a)/rentado(a)
- Ocupado(a) sin pago de alquiler o renta

HSE2 ¿Cuál describe mejor este edificio? Incluya todos los apartamentos o pisos, aunque estén desocupados. *Seleccione solo una respuesta.*

- Una casa móvil
- Una casa separada de cualquier otra casa
- Una casa unida a una o más casas
- Un edificio con 2 apartamentos
- Un edificio con 3 a 4 apartamentos
- Un edificio con 5 o más apartamentos
- Bote o barco, vehículo recreativo, van, etc.

HSE3 ¿Está su hogar al día con los pagos de renta? *Seleccione solo una respuesta.*

- Sí
- No

HSE4 ¿**Actualmente**, está su hogar al día con los pagos de hipoteca? *Seleccione solo una respuesta.*

- Sí
- No

HSE5 ¿Qué tan seguro(a) está usted de que el hogar será capaz de pagar el **próximo pago de alquiler o hipoteca** a tiempo? *Seleccione solo una respuesta.*

- No está seguro(a) en absoluto
- Algo seguro(a)
- Moderadamente seguro(a)
- Muy seguro(a)
- El pago es/será suspendido

HSE6 ¿Cuántos meses de atraso tiene este hogar en el pago del alquiler o la hipoteca?

---

HSE7 ¿Ha aplicado usted, u otra persona en su hogar, a asistencia de emergencia para alquiler a través de su gobierno estatal o local para cubrir el alquiler no pagado o facturas de servicios no pagados?

- Mi hogar aplicó y recibió asistencia
- Mi hogar aplicó y está esperando respuesta
- Mi hogar aplicó y la solicitud fue negada
- Mi hogar no aplicó

HSE8 ¿Qué tan probable es que su hogar tenga que dejar esta casa o apartamento durante los **próximos dos meses** debido a un desalojo? *Seleccione solo una respuesta.*

- Muy probable
- Algo probable
- Poco probable
- Nada probable

HSE9 ¿Qué tan probable es que su hogar tenga que dejar esta vivienda durante los **próximos dos meses** debido a una ejecución hipotecaria (*foreclosure*)? *Seleccione solo una respuesta.*

- Muy probable
- Algo probable
- Poco probable
- Nada probable

HSE10 En los **últimos 12 meses** en su hogar, ¿por cuántos meses tuvieron que reducir, o eliminar, gastos para necesidades básicas tales como medicinas o comida, para poder pagar una factura de energía?

- Casi cada mes
- Algunos meses
- 1 o 2 meses
- Nunca

HSE11 En los **últimos 12 meses**, ¿por cuántos meses tuvieron que mantener en su hogar una temperatura que usted sintió que era insegura o mala para la salud?

- Casi cada mes
- Algunos meses
- 1 o 2 meses
- Nunca

HSE12 En los **últimos 12 meses** en su hogar, ¿cuántas veces no pudieron pagar parte o toda una factura de energía?

- Casi cada mes
- Algunos meses
- 1 o 2 meses
- Nunca

display\_ED Las próximas preguntas son sobre aprendizaje del verano para los niños(as) en su hogar.

ED1 Después del fin del año escolar normal en la primavera de 2021, ¿alguno de los estudiantes en su hogar entre kínder y grado 12: *Por favor seleccione todas las que correspondan.*

- Asistió a un programa tradicional de escuela de verano por tener malas notas?
- Asistió a un programa de escuela de verano para ayudar a estudiantes a ponerse al día con tiempo de aprendizaje que perdieron durante la pandemia?
- Asistió a campamentos de verano ofrecidos por la escuela en temas como matemáticas, ciencia o lectura?
- Trabajó con tutores privados para ayudar a los estudiantes a ponerse al día con aprendizaje que perdieron durante la pandemia?

ED2

Esta pregunta se trata de educación más allá de la escuela secundaria o preparatoria (*high school*).

¿Cuántos miembros de su hogar, incluyéndose a sí mismo, están asistiendo ahora, o habían planeado tomar clases durante este período en una universidad, instituto superior comunitario, escuela de oficios u otra escuela ocupacional (por ejemplo escuela de cosmetología o escuela de artes culinarias)? *Por favor, anote un número.*

---

ED3 Tomando en cuenta a todas las personas contadas en la pregunta anterior, ¿ha causado la pandemia del coronavirus alguno de los cambios listados a continuación? *Seleccione todas las que correspondan.*

- No han cambiado los planes para tomar clases durante este período.
- Se han cancelado todos los planes para tomar clases durante este período.
- Las clases se enseñan en otro formato durante este período (por ejemplo, cambio de clases presenciales a clases en línea).
- Está tomando menos clases durante este período
- Está tomando más clases durante este período.
- Está tomando clases en otra institución.
- Está tomando clases para otro tipo de certificado o diploma.

ED4 ¿Por cuál razón cambiaron las clases de las personas en este hogar durante este período? *Seleccione todas las que correspondan.*

- Tuvieron coronavirus o les preocupaba contagiarse con coronavirus
  - Estaban cuidando a alguien que tenía coronavirus
  - Para cuidar a otras personas cuyos arreglos de cuidados se afectaron (por ejemplo, se perdió el servicio de guardería o el programa de cuidado de adultos)
  - La institución cambió el contenido o formato de las clases (por ejemplo, de presencial a en línea)
  - Cambios en asistencia financiera
  - Cambios en la vida en el campus
  - Incertidumbre con respecto a cómo pueden cambiar las clases/el programa
  - No podrán pagar las clases/los gastos educativos debido a los cambios en sus ingresos por la pandemia
  - Alguna otra razón relacionada con la pandemia. Por favor, especifique
-

INC1 En 2020, ¿cuál fue el ingreso total de su hogar antes de los impuestos? *Seleccione solo una respuesta.*

- Menos de \$25,000
- \$25,000 - \$34,999
- \$35,000 - \$49,999
- \$50,000 - \$74,999
- \$75,000 - \$99,999
- \$100,000 - \$149,999
- \$150,000 - \$199,999
- \$200,000 y más

residence La Oficina del Censo de los Estados Unidos está interesada en entender las diferencias geográficas en las experiencias con la pandemia del coronavirus. Para ayudarnos a analizar las respuestas de las encuestas en todo los Estados Unidos, por favor, proporcione su dirección de calle completa y **actual** a continuación.

Su dirección solo se utilizará para análisis estadísticos realizados por la Oficina del Censo de los Estados Unidos y no se utilizará para ningún otro propósito ni se compartirá con nadie más.

- Número de la dirección \_\_\_\_\_
- Nombre de calle \_\_\_\_\_
- Apartamento o Unidad \_\_\_\_\_
- Ciudad \_\_\_\_\_
- Estado \_\_\_\_\_
- Código Postal \_\_\_\_\_

bestmethod Como nos interesa la manera en que las experiencias con el coronavirus cambian con el tiempo, puede ser que nos pongamos en contacto con usted en las próximas semanas. ¿Cuál es la mejor forma para ponernos en contacto con usted?

Mensaje de texto

Correo electrónico

bestnumber Para ayudarnos a contactarle, por favor, proporcione el mejor número de teléfono para comunicarnos con usted.

---

bestemail Para ayudarnos a contactarle, por favor, proporcione la mejor dirección de correo electrónico para comunicarnos con usted.

---

Feedback\_pandemic

Gracias.

¿Hay algo más relacionado con la pandemia del coronavirus que le gustaría contarnos?

---

Q69 Con esto terminamos la encuesta. Haga clic en el botón “Enviar” cuando haya terminado.

Gracias por participar en la Encuesta del Pulso de los Hogares. \

Si tiene alguna pregunta sobre esta encuesta, visite <https://www.census.gov/householdpulsedata> (disponible en inglés). Puede confirmar que esta encuesta es una recopilación de información legítima aprobada por el gobierno federal usando el número de aprobación 0607-1013 de la Oficina de Administración y Presupuesto de los Estados Unidos, que vence el 10/31/2023.

Si usted necesita ayuda en este periodo, estos son algunos recursos que lo pueden ayudar:

General: <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/index.html>

Encontrar comidas para los niños (disponible en inglés):

<https://www.fns.usda.gov/meals4kids>

Servicios relacionados con el desempleo: <https://www.usa.gov/espanol/desempleo>